

moyenne, dans le champ de la préparation, on peut en conclure qu'ils sont vingt fois plus nombreux qu'à l'état normal; par la numération successive des globules rouges et des globules blancs on arrive à des chiffres plus exacts.

Il faut se rappeler qu'il existe des leucocytoses physiologiques (allaitement) ou pathologiques (pyohémie, fièvre puerpérale, etc.); il est rare, du reste, que l'excès des globules blancs atteigne alors les chiffres qu'on observe dans la leucémie; on devra s'assurer par des examens successifs que l'augmentation de nombre des leucocytes est un phénomène persistant et non passager. Dans certains cas, ce sont les globulins qui dominent.

A ses débuts, la leucémie peut être confondue avec toutes les maladies qui s'accompagnent de débilité générale et d'anémie sans localisations appréciables; telles sont l'anémie, la maladie bronquée d'Addison, certaines formes de tuberculose. L'augmentation du nombre des leucocytes n'est pas toujours assez considérable au début pour caractériser l'état morbide; on est obligé d'attendre pour formuler un diagnostic précis.

L'adénie, avec ses tumeurs ganglionnaires multiples, se reconnaît facilement; on ne la confondra pas avec les adénites des scrofuloux, qui ont de la tendance à suppurer et qui n'ont ni le volume, ni la marche rapidement progressive des adénopathies de la pseudo-leucémie ganglionnaire. Les autres espèces de pseudo-leucémies, celles qui se localisent, par exemple, sur la moelle des os ou sur l'intestin, sont au contraire d'un diagnostic très-difficile, sinon impossible; on les confond surtout avec la tuberculose, avec l'anémie à forme rapide et parfois avec la fièvre typhoïde à forme ambulatoire; nous avons vu que certains faits décrits sous le nom d'anémie pernicieuse devaient rentrer dans l'histoire des pseudo-leucémies.

La leucémie peut simuler aussi le scorbut, surtout lorsque les gencives sont tuméfiées et saignantes; l'examen attentif des causes qui ont présidé au développement de la maladie et l'absence, chez les scorbutiques, d'un excès de globules blancs dans le sang permettront d'établir le diagnostic différentiel.

La leucémie a été probablement décrite plus d'une fois sous le nom d'hémophilie.

Le pronostic est extrêmement grave, puisque dans tous les cas connus la maladie s'est terminée par la mort. Parmi les symptômes les plus fâcheux, il faut noter la tendance aux hémorragies et les troubles de la respiration annonçant une compression des bronches.

La gravité est en rapport avec l'excès des leucocytes du sang.

TRAITEMENT. — Aucun médicament n'a de prise sur la leucémie. On doit conseiller seulement une médication tonique et reconstituante; le vin, le quinquina, l'arsenic à petite dose, peuvent rendre des services et ralentir la marche de la maladie. Les malades seront placés dans de bonnes conditions hygiéniques et l'on traitera avec soin les complications, on s'efforcera en particulier d'arrêter, par le tamponnement des fosses nasales, les épistaxis qui entraînent souvent la mort par leur abondance et qui affaiblissent en tout cas les malades.

Dans l'adénie, lorsque des tumeurs cervicales volumineuses compriment la trachée et menacent d'entraîner l'asphyxie, l'indication de la trachéotomie se pose quelquefois; cette opération n'apporte pas un grand soulagement aux malades, car les tumeurs s'enfoncent derrière le sternum et vont comprimer la partie inférieure de la trachée.

VIRCHOW. Die Leukämie (Archiv für path. Anat., 1847, et Pathologie cellulaire, trad. de Picard, p. 439). — BENNETT. On Leucocythemia, 1852. — LEUDET. Étude des lésions viscérales de la leucémie (Gazette méd. de Paris, 1858). — J. SIMON. De la leucocythémie. Thèse, Paris, 1861. — L. LAVERAN. Note sur un cas d'hémophilie avec leucocythémie et altération de la rate (Gaz. hebdom., 1857). — TROUSSEAU. Clinique. Leçons sur la leucocythémie et sur l'adénie. — FELTZ. Mémoire sur la leucémie (Gaz. méd. de Strasbourg, 1865). — OLLIVIER et RANVIER. Observ. pour servir à l'histoire de la leucocythémie (Gaz. méd. de Paris, 1867). — BÉHIER. Union médicale, 1869. — VIDAL. De la leucocythémie splénique. Paris, 1856. — WUNDERLICH. Arch. der Heilkunde, 1866. — ISAMBERT. Art. Leucocythémie in Diction. encyclop. des sciences méd., 1869. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique, 1876. — KELSCH. Note pour servir à l'histoire de la lymphadénie (Bulletins de la Soc. anat., 1873). — PONCET. Rétinite leucocythémique (Arch. de physiologie, 1874). — R. AUBERT. Des lymphadénomes du médiastin. Thèse, Paris, 1877.

SCORBUT.

Si nous avons fait une classe des *maladies d'alimentation*, le scorbut y aurait trouvé sa place, car il paraît démontré que la privation de végétaux et de fruits frais joue le principal rôle dans sa pathogénie; mais les maladies d'alimentation rentrent soit dans les empoisonnements (ergotisme, alcoolisme), soit dans les dyscrasies (scorbut), soit dans les maladies parasitaires (trichinose, ladrerie), et l'introduction de ce nouveau groupe dans la classification des maladies ferait double emploi.

Les conditions d'alimentation étant souvent les mêmes pour un grand nombre d'hommes, il en résulte que les maladies d'alimen-

tation et le scorbut en particulier prennent souvent la forme épidémique. L'histoire des épidémies de scorbut est très-intéressante; elle montre que la maladie s'est toujours développée dans des conditions identiques, et par suite elle est le préambule nécessaire du chapitre *étiologie*. Dans toutes les épidémies scorbutiques connues, il s'agit d'armées mal ravitaillées, d'équipages tenant la mer depuis longtemps, de villes assiégées, de populations souffrant de la disette ou de la famine, de prisonniers mal nourris.

En 1218 et 1249 le scorbut règne en Égypte sur les armées des croisés; le sire de Joinville fait un tableau navrant de l'armée et des souffrances des malheureux scorbutiques, auxquels les barbiers, chirurgiens du temps, taillaient les gencives. Aux xv^e et xvi^e siècles, le scorbut est endémique dans le nord de l'Europe et il constitue le fléau des navigateurs qui entreprennent les grands voyages de découvertes. Parmi les faits les plus connus, nous citerons l'épidémie qui atteignit les compagnons de Vasco de Gama sur la côte d'Afrique, en 1498; l'épidémie de 1535 sur les équipages de J. Cartier, dans la rivière du Canada; l'épidémie de 1552, dans l'armée de Charles-Quint devant Metz; celles des sièges de Bréda (1625), de Nuremberg (1631), de Thorn (1703), des équipages d'Ellis, dans la baie d'Hudson (1746), de la flotte de l'amiral Anson. Le scorbut était alors confondu avec d'autres maladies, en particulier avec le typhus pétéchial, ce qui explique comment beaucoup de médecins et Boerhaave lui-même croyaient à sa contagion; on distinguait un scorbut de mer et un scorbut de terre, un scorbut alcalin, etc... C'est à Lind que revient le mérite d'avoir écarté de la description du scorbut toutes les maladies étrangères qu'on y rattachait, et d'avoir prouvé, dans son admirable monographie (1735), que toutes les variétés de scorbut, décrites par les auteurs, n'avaient pas leur raison d'être; à lui aussi et à Bachstrom l'honneur d'avoir compris quelles étaient les causes du scorbut et d'avoir préconisé le seul traitement rationnel.

En 1801, le scorbut sévit sur l'armée française d'Égypte, bloquée à Alexandrie; en 1807 et 1808, il règne dans les garnisons françaises des villes de Prusse; en 1828 et 1840, dans l'armée russe; en 1847, à la suite d'une année de disette, en Angleterre, en Belgique et même en France; pendant la guerre de Crimée (1854-1856), le scorbut a eu une grande part dans l'effrayante mortalité de nos soldats; il a régné, mais sous une forme assez bénigne, pendant le siège de Paris (1870-1871).

En dehors de ces épidémies, le scorbut a donné lieu à des manifestations moins importantes, au point de vue du nombre et de la gravité des cas, dans les prisons, dans les pénitenciers, dans les bagnes; il a été observé, à diverses reprises, dans des petites garnisons de l'Algérie et des Indes; enfin il a continué à se montrer avec une assez grande fréquence sur les navires qui font de longs voyages et qui ne sont pas pourvus de vivres frais en quantité suffisante.

ÉTILOGIE. — Bachstrom attribue le scorbut à la privation de végétaux frais; pour Lind, le froid humide et la privation de végétaux frais sont les principales causes de la maladie; bien que l'auteur anglais donne au froid humide le premier rang dans le chapitre relatif à l'étiologie du scorbut, il est facile de voir, dans les pages qu'il consacre au traitement, que la principale indication thérapeutique consiste, pour lui comme pour Bachstrom, dans l'administration aux malades de fruits et de végétaux frais; il n'y a donc pas contradiction entre les opinions soutenues par Bachstrom et Lind, les analogies sont, au contraire, évidentes, indiscutables. Le froid humide est seulement une cause adjuvante du scorbut qui s'est développée maintes fois dans les zones intertropicales; la chaleur torride a pour effet, comme les froids extrêmes et prolongés, d'empêcher toute végétation et de donner lieu à une pénurie de légumes et de fruits frais qui engendre le scorbut. L'analyse de toutes les épidémies scorbutiques connues démontre que la maladie s'est toujours développée sur des hommes privés depuis un certain temps de végétaux frais ou n'en recevant qu'une quantité insuffisante, et qu'elle a toujours disparu dès que les conditions d'alimentation ont été modifiées. Il n'y a pas d'exemple d'une épidémie scorbutique sévissant sur la population d'une ville assiégée et continuant à s'étendre après le ravitaillement de cette ville.

DIAGNOSTIC. — Le scorbut se prépare toujours lentement; il n'a pas une période d'incubation régulière comme les maladies miasmiques ou virulentes.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître trois périodes dans l'évolution du scorbut: une période initiale, une période d'état, une période terminale ou cachectique.

La *première période* est caractérisée surtout par l'abattement, la mélancolie et par des douleurs qui augmentent pendant les mouvements. Le visage pâlit, la peau prend une teinte terreuse, se dessèche et se couvre, particulièrement aux membres inférieurs, de

petites élevures facilement appréciables au toucher, qui ont fait comparer la peau des scorbutiques à celle des individus saisis par le froid et ayant la *chair de poule*; ces élevures ou *pétéchies folliculaires* ont une coloration d'un bleu lilas ou d'un rouge sale; lorsqu'on écarte avec une épingle les cellules épidermiques, on découvre le plus souvent un poil enroulé au centre de chaque élevure.

Les douleurs siègent soit dans les membres, surtout au niveau des articulations, soit dans les lombes et à la base de la poitrine; l'exagération de ces douleurs pendant les contractions musculaires inspire aux scorbutiques une véritable horreur pour le mouvement; le besoin invincible de repos qu'ils manifestent est un excellent symptôme du début.

L'esprit est abattu, peu sensible aux impressions du dehors.

La respiration est difficile; le pouls petit. Les urines sont peu abondantes et sédimenteuses; la constipation est la règle. Il n'y a pas de fièvre.

La *période d'état* est caractérisée par l'aggravation des symptômes précédents, par des hémorrhagies qui se produisent soit à la surface des muqueuses, des gencives en particulier, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond et par des œdèmes durs. Les gencives se tuméfient et deviennent d'un rouge foncé presque ecchymotique, parfois la tuméfaction est telle que les dents sont complètement cachées par le boursoufflement de la muqueuse; ces fongosités saignent au moindre contact et rendent la mastication impossible, ou du moins très-pénible. La muqueuse de la voûte et du voile du palais se recouvre assez souvent aussi de larges ecchymoses; l'haleine des malades est fétide; la matière colorante du sang, mélangée à du tartre, recouvre les dents et une partie de la muqueuse buccale d'un enduit noirâtre; des bulles remplies de sang liquide, extravasé, soulèvent çà et là l'épithélium et leur rupture est suivie d'hémorrhagies.

Du côté de la peau, les hémorrhagies ou ecchymoses, se produisent d'abord aux membres inférieurs; au début, elles ont la largeur d'une pièce de un franc ou de cinquante centimes, mais elles ne tardent pas à s'accroître et on en voit qui ont la largeur de la main ou qui sont même plus étendues (Lind). La peau prend successivement, au niveau de ces ecchymoses, une coloration d'un rouge foncé, noirâtre, puis des teintes verdâtres et jaunâtres, comme dans les ecchymoses qui succèdent à des traumatismes. Les moindres contusions donnent lieu, chez les scorbutiques, à des ecchymoses, et

c'est probablement parce que les membres inférieurs sont très-exposés aux contusions, que les ecchymoses y sont plus fréquentes que partout ailleurs. Il se forme assez souvent, au niveau des ecchymoses, des espèces de furoncles qui, en s'ouvrant, donnent naissance à des ulcères scorbutiques; la surface de ces ulcères se recouvre d'une sanie brunâtre et de fongosités qui s'accroissent avec une grande rapidité.

D'autres hémorrhagies se produisent plus profondément soit dans le tissu cellulaire, soit dans l'intérieur des muscles; les sièges d'élection de ces foyers hémorrhagiques sont: le creux poplité, le mollet, la cuisse et le pli de l'aîne. Les hémorrhagies interstitielles des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse amènent des rétractions très-dououreuses; les muscles des mollets, infiltrés de sang, ont la dureté du bois. La peau des membres inférieurs et le tissu cellulaire sous-jacent sont en outre le siège d'un œdème dur qui commence, chez beaucoup de malades, par le tissu cellulaire situé entre le tibia et le tendon d'Achille.

Les malades restent immobiles, les membres inférieurs sont souvent rétractés; les douleurs ont pour principaux sièges la tête et les reins. La respiration est difficile; il existe une sensation très-pénible d'oppression et de constriction à la base de la poitrine; parfois les accès de dyspnée sont extrêmement pénibles et les malades sont menacés d'asphyxie sans que l'auscultation ni la percussion de la poitrine rendent compte de ces symptômes.

La peau de la face présente une pâleur verdâtre; il existe plutôt de la bouffissure que de l'amaigrissement.

Dans les cas, assez rares aujourd'hui, où la maladie passe à la *troisième période*, tous les symptômes précédents s'aggravent, les ecchymoses se multiplient et peuvent s'étendre à tout un membre; la tuméfaction des gencives est portée à son plus haut degré, les dents deviennent branlantes et leur chute s'accompagne d'hémorrhagies difficiles à arrêter. Chez les jeunes gens, les épiphyses se séparent du corps des os longs. L'abattement est extrême, il se produit des accès fébriles irréguliers, la peau a une teinte blanche, cirreuse, elle se recouvre de sueurs froides et visqueuses qui lui donnent un aspect brillant. Les sphincters se relâchent et des évacuations sanguinolentes simulent parfois la dysentérie. La dyspnée devient extrême, le pouls est filiforme; les malades succombent lentement dans une adynamie profonde ou bien ils sont enlevés brusquement par une syncope.

FORMES IRRÉGULIÈRES. COMPLICATIONS. — Le scorbut ne se présente pas toujours avec le cortège des symptômes classiques énumérés plus haut; les formes frustes et les formes compliquées sont nombreuses. En Crimée, la tuméfaction des gencives manquait chez un grand nombre de malades; le scorbut peut se traduire seulement par des douleurs musculaires, par un affaiblissement général avec horreur du mouvement, par un œdème dur des membres inférieurs avec formation de tumeurs dans les creux poplités. L'héméralopie épidémique a été observée souvent en même temps que le scorbut et elle a été décrite par quelques auteurs comme une forme fruste du scorbut. L'héméralopie semble en effet se rattacher, comme le scorbut, à un vice d'alimentation; mais, tandis que la privation de végétaux frais joue le principal rôle dans l'étiologie du scorbut, c'est la privation de certaines matières grasses d'origine animale qui semble être la cause des épidémies d'héméralopie (A. Laveran, *Traité des maladies des armées*, p. 518).

Le scorbut se complique souvent d'autres maladies et les types morbides qui naissent de ces unions ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Lind a cité avec raison la fièvre pétéchiiale parmi les complications les plus terribles du scorbut. En Crimée, le scorbut se compliquait chez nos soldats de diarrhée, de dysentérie, de typhus, de congélations, etc., si bien qu'il devenait difficile de faire la part de chacune de ces maladies.

Dans quelques épidémies, les complications thoraciques dominent; la pneumonie scorbutique a une marche analogue à celle de la pneumonie de la cachexie palustre; le début est insidieux; il y a une splénisation du poumon plutôt qu'une hépatisation véritable. La pleurésie et la péricardite hémorrhagiques peuvent se montrer aussi avec une assez grande fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pendant longtemps, on a répété avec Scudamore qu'il y avait une *dissolution* du sang chez les scorbutiques; on expliquait ainsi la tendance aux hémorrhagies. Magendie, Andral et Gavarret croyaient encore qu'il y avait une diminution notable du chiffre de la fibrine dans le sang des scorbutiques. Les recherches de L. Laveran et Millon, de Becquerel et Rodier, de Chalvet, ont démontré que la quantité de fibrine était, au contraire, supérieure au chiffre normal dans la majorité des cas. Chalvet a constaté dans ses analyses du sang scorbutique: 1° un excès, fibrine de 3^{es},50 à 4 grammes au lieu de 2 grammes pour 1000; 2° une diminution du chiffre des globules; minimum, 60

pour 1000 au lieu de 128; 3° une augmentation légère du chiffre de l'albumine. D'après Chalvet, l'hypoglobulie est due à l'insuffisance des sels à base de potasse dans l'alimentation; comme ces sels sont fournis à l'état normal par les végétaux, au moins pour la meilleure part, et qu'ils entrent dans la composition des globules du sang, on comprend que cette théorie chimique de la pathogénie du scorbut ait tenté plusieurs observateurs; elle a été défendue avec talent par Garrod et Chalvet, mais les objections qu'on peut lui adresser sont nombreuses, et de nouvelles recherches sont indispensables à ce sujet.

Nous n'avons que des renseignements incomplets sur les altérations des solides dans le scorbut, ce qui tient à ce qu'on n'a plus guère l'occasion d'autopsier des scorbutiques. Au niveau des hémorrhagies du tissu cellulaire et des muscles, le sang est infiltré et non collecté en foyers; les fibres musculaires présentent des traces de dégénérescence grasseuse. On trouve souvent des épanchements séreux ou sanguinolents dans les plèvres ou dans le péricarde, des hémorrhagies pulmonaires ou des noyaux de splénisation.

Les muqueuses stomacale et intestinale sont injectées, gorgées de sang, ramollies ou ulcérées. La rate est molle et volumineuse; le foie et les reins sont pâles et présentent au microscope une dégénérescence granulo-graisseuse qui doit être rapportée, comme l'altération du système musculaire, au trouble profond de la nutrition.

Chez les jeunes gens, les épiphyses des os longs sont séparées de la diaphyse; les côtes, des cartilages costaux. La moelle des os paraît altérée, ainsi que la substance spongieuse; lorsqu'on pressait entre les doigts l'extrémité des côtes qui commençait à se séparer des cartilages, on en faisait sortir, dit Poupert (cité par Lind), une grande quantité de matière corrompue, et après l'avoir exprimée il ne restait plus que les deux lames osseuses de la côte.

Les centres cérébro-spinaux sont le plus souvent à l'état sain.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic est difficile au début des épidémies, lorsque les malades ne présentent encore ni les ecchymoses, ni les œdèmes durs, ni la tuméfaction des gencives; il importe cependant de reconnaître la maladie de bonne heure afin de prendre les mesures propres à arrêter ses progrès. Les symptômes initiaux les plus importants sont: l'affaiblissement général sans cause apparente, la pâleur de la face, les douleurs dans les membres et le besoin irrésistible de repos qui se traduit par la manière d'être et par les attitudes des malades. Le piqueté scorbu-

tique avec sécheresse de la peau se montre de bonne heure et facilite le diagnostic. Les conditions générales d'hygiène et d'alimentation dans lesquelles se trouvent les malades fournissent aussi des indications utiles. Il est clair que l'attention sera toujours en éveil si l'on est appelé à soigner des marins embarqués depuis longtemps ou des prisonniers mal nourris. Il faut bien savoir cependant que le scorbut peut se présenter à l'état sporadique chez des personnes qui, par goût ou pour toute autre cause, ne font pas entrer les légumes frais non plus que les fruits dans leur alimentation.

Les douleurs scorbutiques peuvent être confondues avec des douleurs rhumatismales; le rhumatisme musculaire ne s'accompagne pas des symptômes généraux: abattement, besoin de repos, anémie qui s'observent chez les scorbutiques; les hémorrhagies, les indurations des muscles et du tissu cellulaire principalement au cou-de-pied et au creux poplité viennent bientôt lever tous les doutes.

Certains cas d'anémie pernicieuse et de pseudo-leucémie ont une grande analogie avec le scorbut. Il n'y a pas chez les scorbutiques d'excès de leucocytes dans le sang; par suite, le diagnostic différentiel avec la leucémie est facile, bien que la tuméfaction des gencives puisse se produire sous le même aspect dans les deux maladies.

On ne confondra pas avec le scorbut le *purpura*, maladie fébrile, sporadique, qui se développe en dehors des conditions étiologiques particulières au scorbut et qui ne s'accompagne pas de tuméfaction des gencives.

Lorsque le scorbut se combine à d'autres maladies, au typhus, à la dysentérie, etc..., il peut passer inaperçu, l'attention étant distraite par la maladie la plus bruyante. On est en général guidé par l'épidémicité du scorbut; les cas dans lesquels la maladie se présente isolée, avec sa symptomatologie classique, éclairent ceux dans lesquels l'état scorbutique est à un plan secondaire et ne se traduit que par des symptômes obscurs.

Le pronostic n'est pas grave lorsque le scorbut n'est pas arrivé à la période cachectique et qu'on peut soustraire les malades aux causes qui l'ont fait naître; si, au contraire, les scorbutiques sont condamnés à la même alimentation, s'ils restent privés de végétaux et de fruits frais, leur état va s'aggravant de jour en jour et la mort survient fatalement. L'influence du scorbut est surtout désastreuse lorsque, en même temps que lui, règnent d'autres maladies épidémiques, la dysentérie, le typhus, par exemple.

Les végétaux et les fruits frais améliorent rapidement l'état des malades, ils arrêtent l'épidémie dans sa marche. Mais il ne faudrait pas croire qu'il suffit de modifier ainsi le régime pour voir les scorbutiques se rétablir en quelques jours; chez quelques-uns la cachexie est si profonde, que la réparation est impossible; d'autres conservent pendant longtemps des traces du scorbut, telles que: douleurs névralgiques, faiblesse, atrophie de quelques muscles, induration de la région poplitée ou des muscles du mollet, etc.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Le scorbut est une maladie que l'on peut prévenir; les mesures prophylactiques ont donc ici une importance exceptionnelle. Tous les fruits, tous les végétaux frais sont d'excellents antiscorbutiques; il n'est pas nécessaire de les donner en grande abondance; au bague de Brest, il a suffi d'un repas de viande et de légumes frais par semaine pour faire disparaître le scorbut qui y était endémique. Une fois la maladie développée, il faut user plus largement des fruits et des végétaux pour la guérir, aussi tel moyen qui réussit comme prophylactique est-il un moyen curatif assez médiocre. Les légumes secs ou conservés après ébullition n'ont plus de propriétés antiscorbutiques.

Dans la marine anglaise on a adopté depuis longtemps, pour prévenir le scorbut, un mélange de jus de citron et d'alcool (*lime juice*) que les règlements prescrivent de distribuer à tous les équipages des navires qui sont en mer depuis quatorze jours. Cette pratique a eu d'excellents résultats; le scorbut, autrefois si commun dans la marine anglaise, y est devenu très-rare.

L'usage de la viande fraîche ne peut pas remplacer celui des végétaux et des fruits frais; il est certain cependant que la viande fraîche est préférable aux salaisons.

Le manque de variété dans l'alimentation, l'habitation de locaux froids et humides, les fatigues excessives, l'inaction absolue, les impressions tristes, la nostalgie sont des causes prédisposantes, dont la prophylaxie doit tenir grand compte.

Lorsque le scorbut est déclaré, les fruits et les végétaux frais forment encore la base du traitement. Le cresson, la moutarde, le raifort, le cochléaria ont reçu plus spécialement le nom d'antiscorbutiques, mais la plupart des plantes et des fruits pouvant entrer dans l'alimentation jouissent de propriétés analogues. Les oranges, les citrons sont les meilleurs médicaments à opposer au scorbut, ainsi que Lind l'a démontré.

Le bitartrate et le chlorate de potasse peuvent, en l'absence

de végétaux frais, rendre quelques services. Il en est de même du vin bouilli qui renferme une grande quantité de bitartrate de potasse.

Les scorbutiques seront transportés dans un endroit sec et bien aéré, on leur donnera une alimentation appropriée à l'état de la muqueuse buccale dont la tuméfaction gêne la mastication; le vin, le fer, le quinquina sont d'excellents adjuvants.

Contre les ulcérations des gencives on emploiera des lotions astringentes avec une solution de sulfate de fer ou de quinquina, ou bien on passera sur les gencives un pinceau trempé dans l'acide chlorhydrique.

Les bains tièdes, les frictions avec les liniments opiacés ou chloroformés, le massage, les mouvements passifs imprimés aux membres diminuent les douleurs et empêchent les rétractions.

LIND. Traité du scorbut, 1753. Traduct. in Encyclop. des sciences méd. — LARREY. Mémoires de chirurgie milit., t. II, p. 282. — L. LAVERAN. Considérations sur le scorbut (Travaux de la Soc. des sc. méd. de la Moselle. Metz, 1848). — THOLOZAN. Gaz. méd. de Paris, 1855. — DELPECH. Le scorbut pendant le siège de Paris (Gaz. hebdom., 1871). — LASÈGUE et LEGROUX. Arch. gén. de méd., 1871. — BROUARDEL. Revue des cours scientifiques, 1872, p. 1165. — Discussion sur la nature du scorbut à l'Académie de médecine, 1874. Discours de MM. Villemin, Le Roy de Méricourt et Bouchardat. — CHALVET. Communic. à la Soc. méd. des hôpitaux, 1871 et Gaz. hebdom., 1871, n° 13. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 478, Paris, 1875.

MALADIE D'ADDISON.

La maladie décrite en 1855 par Addison et rattachée par lui à une altération des capsules surrénales est caractérisée au point de vue clinique : par une asthénie générale, par des troubles gastriques et des douleurs siégeant à l'épigastre et aux lombes, enfin par une coloration bronzée de la peau avec des taches pigmentaires sur les muqueuses.

Le nom de maladie d'Addison doit être préféré à celui de *maladie bronzée*, attendu que la pigmentation de la peau peut faire défaut.

ÉTILOGIE. — La maladie d'Addison est tantôt primitive, tantôt consécutive; la tuberculose lui est souvent associée, quelques observateurs ont même prétendu qu'il s'agissait d'une forme de la tuberculose et non d'une espèce morbide distincte.

La maladie, plus commune chez l'homme que chez la femme, présente son maximum de fréquence de vingt à quarante ans.

DESCRIPTION. — On peut reconnaître deux formes principales :

une *forme rapide*, une *forme lente*; cette dernière étant la plus fréquente, c'est par elle que nous commencerons.

La maladie d'Addison à forme lente, débute d'une façon insidieuse; elle ne se manifeste tout d'abord que par une fatigue insolite, par un accablement dont les causes échappent et qui augmente d'une façon progressive.

La maladie confirmée est caractérisée par : des *douleurs*, des *troubles gastriques*, une *teinte bronzée de la peau* et une *asthénie profonde*; ces symptômes ne se succèdent pas toujours dans le même ordre.

Les douleurs siègent à l'épigastre et aux lombes, quelquefois dans les membres ou dans l'hypocondre droit; elles ont souvent le caractère des névralgies. Les troubles gastro-intestinaux se produisent tantôt dès le début, tantôt à une période assez avancée, alors que la mélanodermie est déjà manifeste. Il existe de l'anorexie, un dégoût profond pour certains aliments, des vomissements alimentaires ou bilieux, de la constipation ou de la diarrhée.

La coloration bronzée est générale, elle est plus marquée seulement sur les parties qui, à l'état sain, sont riches en pigment : aréoles des mamelons, peau des parties génitales, du visage, du cou et des mains. La teinte de la peau est uniforme, elle ressemble à celle du hâle, mais elle ne se limite pas comme cette dernière aux parties découvertes. Wilks a comparé avec raison la physionomie des malades atteints de maladie d'Addison à celle des mulâtres; la blancheur nacrée des sclérotiques ressort vivement sur le fond sombre de la face.

La pigmentation se produit également sur les muqueuses; des taches brunâtres apparaissent sur la muqueuse des lèvres ou à la face interne des joues; elles rappellent l'aspect de la muqueuse buccale chez certains chiens de race (Trousseau). Les muqueuses gingivale et linguale, celles des petites lèvres et du gland peuvent aussi être le siège de dépôts pigmentaires.

La dépression générale qui caractérise le début de la maladie s'accroît pendant la période d'état; les mouvements sont alanguis, pénibles, l'esprit est paresseux; il existe souvent de l'amaigrissement et de l'anémie, mais la prostration des forces n'est pas en rapport avec le degré d'anémie présenté par les malades.

Les symptômes de la période d'état vont s'aggravant et donnent lieu, au bout d'un temps variable, à l'état cachectique; la débilité est extrême, les malades ont des vertiges, des syncopes; le pouls